



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL – 4101-001-05/2014

P/14/096

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

ul. Artyleryjska 3e, 10-165 Olsztyn

T +48 89 678 82 00, F +48 89 678 82 30

lol@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-69, 10-950 Olsztyn

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/096 – Warunki leczenia na oddziałach pediatrycznych w województwie warmińsko-mazurskim w latach 2011-2014
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie
Kontrolerzy	1. Wojciech Dąbrowski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 88679 z 13 marca 2014 r. 2. Edyta Piskorz – Zabujść, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 88687 z 28 marca 2014 r. 3. Piotr Wanic, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 88680 z 13 marca 2014 r. (dowód: akta kontroli str.1-6)
Jednostka kontrolowana	Szpital Powiatowy w Kętrzynie, 11-400 Kętrzyn, ul. M. Skłodowskiej-Curie 2 („Szpital”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Małgorzata Jadczak, Dyrektor Szpitala od 5 lipca 2011 r. (poprzednio – Mirosław Kocharński)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹, działalność kontrolowanej jednostki w zakresie dostępności do badań, warunków pobytu i leczenia w Oddziale Dziecięcym („Oddziale”).

Podstawą tej oceny jest udzielanie w 2012 i 2013 r. świadczeń zdrowotnych w Oddziale zgodnie z warunkami określonymi w umowie z Warmińsko-Mazurskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia („NFZ”), stworzenie możliwości pobytu opiekunów z dziećmi w godzinach nocnych, opracowanie programu poprawy jakości udzielanych świadczeń oraz zapewnienie bieżącego przyjmowania pacjentów, a także fachowej obsługi urządzeń medycznych. Ponadto, Dyrektor Szpitala jeszcze w trakcie kontroli spowodował wyeliminowanie części stwierdzonych przez NIK nieprawidłowości.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły głównie:

- nieuwzględnienia w opracowanym „Programie dostosowania” niektórych wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.², w zakresie m.in. wymaganego wyposażenia sal chorych oraz izolatki,
- niespełnienia niektórych wymagań sanitarnych,
- niepowołania zespołu do oceny listy oczekujących,
- nieterminowego przekazania do NFZ 9 z 38 informacji o kolejce oczekujących,
- niezapewnienia w okresie od stycznia do maja 2011 r. wymaganej liczby i kwalifikacji lekarzy udzielających świadczeń w Oddziale w podstawowej ordynacji czasu pracy,
- udzielania w I kw. 2011 r. świadczeń przez lekarza, który nie został zgłoszony do umowy z NFZ.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

² w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – Dz. U. z 2012 r., poz. 739 (zwanego dalej „rozporządzeniem z dnia 26 czerwca 2012 r.”)

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Warunki udzielania świadczeń

Opis stanu
faktycznego

1.1. Szpital opracował wewnętrzny program poprawy jakości, o którym mowa w celu operacyjnym nr 13 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015. Określono w nim m.in. następujące zadania do realizacji:

- modernizację Oddziału według Programu dostosowania (w 2014 r. wykonano monitoring na salach chorych),
- wykonanie łazienki przystosowanej dla niepełnosprawnych w Dziale Fizjoterapii i Rehabilitacji,
- poprawę warunków lokalowych poprzez nakłady inwestycyjne na prace remontowo-budowlane,
- unowocześnienie bazy sprzętowo-medycznej, informatycznej i technicznej,
- prace modernizacyjno-remontowe oraz zakupy sprzętu i wyposażenia w celu dostosowania Szpitala do wymagań rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r.,
- postępowanie zgodne ze standardami profilaktyki zakażeń.

(dowód: akta kontroli str. 7-12)

1.2. Szpital nie posiadał akredytacji, o której stanowią postanowienia ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia³. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że obecna sytuacja finansowa Szpitala nie pozwala na ubieganie się o akredytację.

(dowód: akta kontroli str. 13)

1.3. W Szpitalu w latach 2011, 2012 i 2013 przeprowadzono badania ankietowe w zakresie warunków pobytu i leczenia pacjentów w Oddziale. Badaniem tym objęto w każdym roku 40 pacjentów Oddziału. Wyniki badań wskazały na potrzebę zmniejszenia okresu oczekiwania pacjenta w Izbie Przyjęć oraz poprawę jakości informacji o skutkach ubocznych leków, harmonogramie dnia i zasadach funkcjonowania udzielanych informacji rodzicom przez personel Oddziału. Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, podjęto działania naprawcze, a ich efekty zostaną zbadane w 2014 r. po przeprowadzeniu kolejnych badań ankietowych.

(dowód: akta kontroli str. 14-23)

Organem założycielskim Szpitala był Starosta Kętrzyński. W okresie 2011-2014 r. (do końca stycznia) Powiat:

- zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴ przekazywał Marszałkowi Województwa Warmińsko-Mazurskiego informacje o realizowanych na terenie Powiatu programach zdrowotnych, prowadził wspólnie z jednostkami oświatowymi, samorządowymi i ochrony zdrowia działania w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, a także przeprowadzał diagnozy stanu zdrowia i rozpoznania potrzeb zdrowotnych mieszkańców Powiatu,
- sprawował nadzór nad Szpitalem m.in. poprzez przeprowadzanie corocznych kontroli oraz dokonywanie analizy sprawozdań finansowych Szpitala,
- wspierał działania związane z organizacją, jakością oraz warunkami leczenia dzieci w Oddziale, polegające na dofinansowaniu zakupu sprzętu medycznego i wyposażenia oraz bieżące remonty.

(dowód: akta kontroli str. 18-19)

1.4. Szpital opracował program dostosowania do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki

³ Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 418 ze zm.

⁴ Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm. (zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”)

zdrowotnej⁵, który został pozytywnie zaopiniowany 29 czerwca 2012 r. przez Warmińsko-Mazurskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. W Programie tym wskazano m.in., że w Oddziale brak było:

- śluzu umywalkowo-fartuchowej w odcinku dzieci młodszych,
- przeszkleń ściennych w odcinku dzieci młodszych,
- dodatkowych łóżek w pokojach dzieci lub w odrębnym pomieszczeniu przeznaczonych dla rodziców,
- natrysku dla rodziców lub opiekunów.

W Programie tym zapisano również, że w większości sal chorych niespełnione są warunki dotyczące: braku dostępu do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, odstępy między łózkami nie umożliwiają swobodnego dostępu do pacjentów, a szerokość sal chorych nie umożliwia wyprowadzenia każdego łóżka. Niespełniony jest również wymóg dotyczący wyposażenia pomieszczenia higieniczno-sanitarnego izolatki w system wentylacji mechanicznej oraz w płuczkę – dezynfektor. Wykonanie ww. prac zaplanowano do realizacji do końca 2016 r. Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, koszt zaplanowanych prac remontowych w Oddziale ma wynieść ok. 230 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str.24-38)

1.5. Wg regulaminu organizacyjnego Szpitala do zadań Oddziału należało udzielanie świadczeń lekarskich w szczególności związanych z badaniem i poradą lekarską, leczeniem oraz pielęgnacją chorych.

(dowód: akta kontroli str.39-45)

W okresie od 1.01.2011 r. do 31.01.2014 r. w Oddziale leczonych było łącznie 2.639 dzieci i młodzieży, w tym:

- w 2011 r. – 868 (391 pacjentów w wieku do trzech lat, 205 – od 4 do 7 lat, 120 – od 8 do 12 lat oraz 152 – 13-18 lat); najwięcej pacjentów przebywało w Oddziale w styczniu, lutym i marcu (od 85 do 97), a najmniej w czerwcu, lipcu i sierpniu (od 46 do 62);
- w 2012 r. – 924 (520 pacjentów w wieku do trzech lat, 158 – od 4 do 7 lat, 110 – od 8 do 12 lat oraz 136 – 13-18 lat); najwięcej dzieci i młodzieży leczonych było w Oddziale w maju, październiku i grudniu (od 81 do 103), a najmniej w kwietniu, czerwcu, lipcu i wrześniu (od 46 do 72);
- w 2013 r. – 787 (431 pacjentów w wieku do trzech lat, 166 – od 4 do 7 lat, 67 – od 8 do 12 lat oraz 123 – 13-18 lat); najwięcej dzieci i młodzieży leczonych było w Oddziale w styczniu, lutym i marcu (od 76 do 95), a najmniej w maju, lipcu i sierpniu (od 44 do 54),
- w styczniu 2014 r. – 60 (26 pacjentów w wieku do trzech lat, 16 – od 4 do 7 lat, 8 – od 8 do 12 lat oraz 10 – 13-18 lat).

W 2011 r. obłożenie łóżek w Oddziale wynosiło od 33,1% (w lipcu) do 84% (w marcu), w 2012 r. od 32,9% (lipiec) do 75,6% (grudzień), zaś w 2013 r. od 22,9% (sierpień) do 87,3% (marzec). Różnice w obłożeniu łóżek związane były ze wzrostem zachorowalności w miesiącach zimowych i jesiennych, a obniżeniem w miesiącach letnich.

Średni czas pobytu pacjentów w Oddziale wynosił w 2011 r. - 2 dni, w 2012 r. – 4,6 dnia, a w 2013 r. – 4,7 dnia. Najdłuższe okresy przebywania pacjentów na Oddziale wynosiły w 2011 r. 10 -15 dni, w 2012 r. 10-18 dni, w 2013 r. 10-16 dni i w 2014 r. (do końca marca) 10-13 dni.

(dowód: akta kontroli str. 46-49 i 250)

⁵ Dz. U z 2011 r. Nr 31, poz. 158.

1.6. W celu zapewnienia właściwej diagnostyki oraz hospitalizacji pacjentów Szpital współpracował z Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalem Dziecięcym w Olsztynie („WSSD”) oraz innymi jednostkami na terenie województwa warmińsko-mazurskiego. Przeprowadzona w toku kontroli analiza przeniesienia pacjentów w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu do tego Szpitala w miesiącach: marcu i listopadzie z okresu 2011-2013 r. wykazała, że:

- w 2011 r. przeniesiono jednego pacjenta z zapaleniem oskrzeli do WSSD (transport lotniczym pogotowiem ratunkowym),
 - w 2012 r. - dwóch pacjentów, tj. jednego z infekcją górnych dróg oddechowych i padaczką do WSSD (transport karetką), drugiego zaś z zaburzeniami lękowymi do Szpitala Psychiatrycznego w Olsztynie (transport pojazdem prywatnym),
 - w 2013 r. – jednego pacjenta z zapaleniem oskrzeli z dusznością i nieżytem jelitowym wywołanym rotawirusami przeniesiono do WSSD (transport karetką).
- (dowód: akta kontroli str.50)

1.7. W dniu 26 marca 2014 r. kontrolerzy NIK przeprowadzili oględziny pomieszczeń Oddziału. Wykazały one m.in., że:

- Oddział znajdował się na drugim piętrze budynku Szpitala. Podzielony był na dwa odcinki, tj. dla dzieci młodszych (do trzech lat) oraz starszych (powyżej tego wieku).
- W Oddziale znajdowało się sześć sal chorych (o pow. od 8,2 m² do 48,9 m²).
- W odcinku dzieci starszych znajdowały się trzy sale chorych, w których umieszczono od dwóch do pięciu łóżek, a w odcinku dzieci młodszych - dwie sale chorych, w których znajdowało się od pięciu do ośmiu łóżek.
- Ściany oddzielające sale chorych oraz ściany pomiędzy salami i punktem pielęgniarskim nie były przeszkłone - zainstalowany był monitoring.
- Na Oddziale znajdowała się również izolatka oraz pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów, rodziców i personelu.
- W Oddziale znajdował się również gabinet ordynatora, gabinet lekarski, gabinet zabiegowy, dyżurka pielęgniarek (w Oddziale nie utworzono świetlicy dla dzieci).
- W Oddziale zorganizowano tzw. „telefon do mamy”. W trakcie oględzin urządzenie było sprawne, a Oddział posiadał 26 kart do telefonu (każda po 15 impulsów do wykorzystania jedynie na tym telefonie). Karty wydawane były pacjentom na ich żądanie.
- Szpital zapewniał możliwości korzystania z telewizji płatnej w salach chorych (z wyjątkiem sali nr 2). W Oddziale nie było możliwości korzystania przez pacjentów z internetu.

W toku oględzin ustalono również, że zgodnie z postanowieniami rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r.:

- Sale chorych w Oddziale wyposażone były w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki (za wyjątkiem sali nr 1, w której brak było umywarek, w ich miejsce umieszczono wanienki do mycia dzieci).
- W salach zapewnione były dodatkowe łóżka dla rodziców lub opiekunów.
- W Oddziale zorganizowano pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk dla rodziców lub opiekunów dziecka.
- Wszystkie sale chorych zabezpieczone były przed możliwością ich otwarcia przez dzieci.
- Połączenia ścian z podłogami wykonane były w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję (za wyjątkiem sali chorych nr 2),
- W pomieszczeniu sanitarno-higienicznym izolatki brak było baterii umywalkowej uruchamianej bez kontaktu z dłonią, dozownika ze środkiem dezynfekcyjnym

uruchamianym bez kontaktu z dłonią oraz pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemników na zużyte ręczniki.

- W Oddziale brak było służby umywalkowo-fartuchowej pomiędzy pomieszczeniami pobytu pacjenta, a ogólną drogą komunikacyjną.
(dowód: akta kontroli str. 51-64)

Ustalone
nieprawidłowości

W „Programie dostosowania” nie ujęto niektórych elementów, których wykonanie umożliwi wywiązanie się z obowiązku zapewnienia zgodności pomieszczeń i urządzeń Oddziału z wymogami rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r. Ustalono bowiem, że w dniu przeprowadzenia oględzin (26 marca 2014 r.):

- Połączenie podłogi ze ścianą w sali chorych nr 2 nie było wykonane w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję, co było wymagane postanowieniami § 29 ust. 2 ww. rozporządzenia.
- Pomieszczenie higieniczno-sanitarne w izolacie nie było wyposażone w baterię uruchamianą bez kontaktu z dłonią, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamianym bez kontaktu z dłonią, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki. Wymóg takiego wyposażenia pomieszczenie higieniczno-sanitarne wynikał z § 21 ust. 1 pkt 2 lit. a ww. rozporządzenia.
- W sali chorych nr 1 brak było zamontowanych umywarek (w ich miejscu zainstalowano wanienki z tworzywa sztucznego). Obowiązek wyposażenia sali chorych m.in. w umywalkę wynikał z postanowień § 24 ust. 1 ww. rozporządzenia.
- W Oddziale nie wydzielono pomieszczenia - tzw. brudownika. Wyodrębnienie takiego pomieszczenia w Oddziale wynikało z postanowień cz. II załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia.

Jak wyjaśniła dyrektor Szpitala brakujące elementy nie ujęte zostały w wymaganiach Programu, gdyż tworząc Program uznano, że konieczne jest wykonanie kapitalnego remontu oddziału podczas, którego wszystkie powyższe uchybienia zostaną usunięte.

(dowód: akta kontroli str. 24-36)

Opis stanu
faktycznego

W trakcie kontroli NIK Szpital dostosował pomieszczenie higieniczno-sanitarne izolatki do wymogów rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r., gdyż zainstalowano w nim baterię umywalkową uruchamianą bez kontaktu z dłonią, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamianym bez kontaktu z dłonią oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki.

(dowód: akta kontroli str.65)

1.8. W Szpitalu uregulowano zasady dotyczące przebywania rodziców i opiekunów dzieci w Oddziale. W Regulaminie Pracy Oddziału zapisano, że:

- odwiedziny chorych w oddziale odbywają się w dni powszednie w godz. 14.00-17.00, a w soboty, niedziele i święta w godz. 13.00-17.00 (jak wyjaśniła Dyrektor wyznaczone godziny obowiązują na wszystkich oddziałach Szpitala i dotyczą osób innych niż rodzic czy opiekun),
- z chorym dzieckiem na stałe może przebywać jedna osoba,
- informacje dotyczące godzin odwiedzin dostępne są na oddziale dziecięcym (tablica ogłoszeń) oraz na stronie internetowej Szpitala.

W okresie 2011-2014 r. (do końca marca) w Szpitalu nie były pobierane opłaty za pobyt osoby towarzyszącej pacjentowi. Jak wyjaśniła Dyrektor nie można przymuszać rodziców do wnoszenia opłat, a ewentualne opłaty mogą mieć charakter wyłącznie dobrowolny.

(dowód: akta kontroli str. 66-75)

1.9. W okresie 2011-2014 r. (do końca marca) w Oddziale nie utworzono świetlicy dla dzieci. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że planowane jest utworzenie takiego pomieszczenia. Obecnie zaś w Oddziale wydzielone są na salach chorych kąpiki do nauki i zabawy.

(dowód: akta kontroli str. 76-77)

1.10. Wyżywienie pacjentów Szpitala realizowane było przez podmiot zewnętrzny wybrany zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁶. Umowy z 5 listopada 2008 r. i 19 kwietnia 2011 r. na świadczenie na rzecz Szpitala usług gastronomicznych w zakresie przygotowania i dystrybucji całodziennych posiłków dla pacjentów przez firmę cateringową, zawarte zostały na okres trzech lat. W umowach tych określono m.in., że:

- Zamawiający przewidział szacunkową całkowitą roczną liczbę posiłków w ilości 155 tys. (umowa z 2008 r.) i 121 tys. (2011 r.).
- Wynagrodzenie za usługę całodziennego wyżywienia jednej osoby wynosiło 16,40 zł brutto.
- Wykonawca przygotowuje posiłki z uwzględnieniem diet specjalistycznych oraz zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego i Instytutu Żywności i Żywienia w sprawie norm wyżywienia i żywienia, jakie obowiązują w zamkniętych zakładach żywienia zbiorowego oraz jakości zdrowotnej żywności.
- Szpital ma prawo dokonać korekty ilości zamówionych posiłków najpóźniej na 1,5 godziny przed posiłkiem w każdym dniu tygodnia.
- Wykonawca dostarcza posiłki bezpośrednio do łóżka pacjenta, zaś niezwłocznie po zakończonym posiłku zbiera brudne naczynia, myje je i dezynfekuje zgodnie z obowiązującymi wymogami sanitarno-epidemiologicznymi. Odbiera również odpady pokonsumpcyjne i utylizuje je na własny koszt.
- Zamawiający ma prawo kontrolować dostarczane posiłki oraz wizytować miejsca przygotowywania i pakowania posiłków u Wykonawcy.

Kontrola NIK wykazała, że:

- Pacjenci Oddziału otrzymywali pięć posiłków dziennie (śniadanie o godz. 7.30, drugie śniadanie o 10.30, obiad o 12.00, podwieczorek o 15.30 oraz kolację o 17.00),
- Według jadłospisów dekadowych, posiłki dla pacjentów przygotowywane były w pięciu rodzajach diet (normalna, lekkostrawna, cukrzycowa, dziecięca oraz wątrobowo-wrzodowa). Pacjenci mieli zapewnioną możliwość otrzymania posiłku przygotowanego w co najmniej jednej z 16-stu odmian tych diet (np. bezglutenowa, hipoalergiczna czy płynna).
- Firma cateringowa odbierała codziennie pisemne zapotrzebowanie Oddziału na posiłki, które były potwierdzone przez pielęgniarkę lub pielęgniarkę oddziałową.
- Dwukrotnie w każdym z lat objętych kontrolą pracownicy Szpitala dokonywali kontroli temperatury przygotowanych posiłków oraz ich gramatury.
- Istniała możliwość wykupienia przez rodziców obiadów. W 2011 r. wykupiono 70 posiłków, w 2012 r. - 62, w 2013 r. - 80, zaś w 2014 r. (do końca marca) - trzy.

W dniach 21 i 24 i 25 marca 2014 r. kontroler NIK dokonał oględzin posiłków przygotowanych dla pacjentów Oddziału, które wykazały, że były one zgodne z ustalonym jadłospisem.

(dowód: akta kontroli str.78-120)

⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.

1.11. Najwyższa Izba Kontroli w dniu 11 lutego 2014 r. zleciła Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olsztynie („WSSE”) przeprowadzenie kontroli warunków higieniczno-sanitarnych Oddziału, spełnienia niektórych wymagań określonych w rozporządzeniu z dnia 26 czerwca 2012 r., a także warunków związanych z przygotowywaniem i wydawaniem posiłków.

Ustalone
nieprawidłowości

W protokole z kontroli przeprowadzonej 31 marca 2014 r. wykazano nieprawidłowości wynikające z naruszenia postanowień ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁷ oraz rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r. Dotyczyły one m.in.:

- występowania w części pomieszczeń oddziału zniszczonej stolarki okiennej, drzwiowej oraz zniszczonych parapetów z ubytkami farby,
- nieobjęcia „pełnym” monitoringiem całej sali chorych (obraz z kamer nie obejmował wszystkich łóżek),
- braku brudownika,
- braku umywalki z ciepłą i zimną wodą w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym,
- niespełnienia w sali chorych nr 2 wymogu dotyczącego połączenia ścian z podłogą w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję,
- zniszczonych mebli z ubytkami politur w sali chorych nr 1,
- braku wydzielonego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dla rodziców (wydzielono natrysk dla rodziców, pomieszczenie wc wspólne z pacjentami).

W związku z przesłanym protokołem kontroli WSSE, Dyrektor Szpitala, pismem z dnia 10 kwietnia 2014 r. złożył uwagi i zastrzeżenia. Zakwestionowano tam ustalenia dotyczące m.in. braku umywalki z ciepłą i zimną wodą w pokoju diagnostyczno-zabiegowym oraz braku pokoju przygotowawczego.

(dowód: akta kontroli str. 121-127)

Opis stanu
faktycznego

W dniu 31 marca 2014 r. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Kętrzynie przeprowadziła kontrolę przestrzegania wymogów sanitarno-epidemiologicznych w procesie przygotowywania i wydawania posiłków. Kontrola ta nie wykazała nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 249-256)

1.12. W dniu 18 marca 2014 r. Najwyższa Izba Kontroli zleciła Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Kętrzynie przeprowadzenie kontroli przestrzegania przepisów dotyczących ochrony przeciwpożarowych. Kontrola ta nie wykazała nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 128-134)

1.13. W toku kontroli skierowano ankietę do 50 rodziców lub opiekunów dzieci, które przebywały w Oddziale w okresie od 1.11.2013 r. do 31.01.2014 r. (badaniem objęto 17% dzieci leczonych w tym okresie). Do zakończenia kontroli wpłynęło 13 ankiet (28% wysłanych), które związane były z pobytem w Oddziale dzieci do trzeciego roku życia (6 ankiet), od 3 do 7 roku życia (2), od 7 do 12 roku życia (4) oraz powyżej 12 lat (1).

Według przesłanych ankiet, zdaniem rodziców lub opiekunów dzieci:

- W 10 przypadkach oceniono jako odpowiednie warunki sanitarne w Oddziale (71,4%), zaś w czterech przypadkach jako nieodpowiednie (28,6%) głównie z uwagi na zbyt wysoką temperaturę w salach chorych oraz brak zmiany pościeli.
- Posiłki przygotowane dla pacjentów były w 92,3% w odpowiedniej wielkości, a w 7,7% w porcjach zbyt dużych. We wszystkich przypadkach temperatura posiłków była odpowiednia, a w 83,3% posiłki były dostosowane do wieku

⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 947

dziecka. Posiłki te były w 15,4% ubogie w składniki, a 83,3% badanych oceniło posiłki jako smaczne.

- W 60,7% ankiet kontakt personelu medycznego z rodzicami lub opiekunami oceniono jako dobry, a w 39,3% jako bardzo dobry.
- W 100% ankiet podano, że istniała możliwość przebywania z dziećmi w godzinach nocnych (żadnej osobie nie naliczono opłaty za pobyt).

(dowód: akta kontroli str. 224-248)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2. Prowadzenie listy oczekujących

Opis stanu faktycznego

2.1. Pacjenci do Oddziału przyjmowani byli na bieżąco, nie prowadzono zatem listy oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 135-144)

2.2. Zgodnie z postanowieniami art. 21 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, listy oczekujących podlegają okresowej ocenie m.in. przez zespół oceny przyjęć powołany przez świadczeniodawcę. W okresie 2011-2013 r., pomimo że nie występował czas oczekiwania na przyjęcie do Oddziału, oczekiwanie występowało do przyjęcia do innych komórek Szpitala (m.in. do Oddziału Otolaryngologicznego, Poradni Neurologicznej oraz Poradni Chirurgicznej). Lista oczekujących prowadzona była w Izbie Przyjęć Szpitala i dotyczyła oczekiwania na przyjęcie do wszystkich komórek Szpitala, w których występowała kolejka.

Ustalono nieprawidłowości

W Szpitalu nie powołano zespołu oceny przyjęć, o którym stanowią ww. postanowienia ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że wynikało to z niewiedzy o istnieniu takiego obowiązku.

(dowód: akta kontroli str.135-144, 146)

Opis stanu faktycznego

W trakcie kontroli NIK, Dyrektor Szpitala, zarządzeniem z 26 marca 2014 r. powołała Zespół Oceny Przyjęć Planowych, w składzie Przełożonej Pielęgniarki oraz dwóch lekarzy specjalistów.

(dowód: akta kontroli str. 145)

2.3. Stosownie do zapisów § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁸, Szpital obowiązany był do przekazywania do NFZ danych o oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

W okresie od 1 stycznia 2011 r. do 13 lutego 2014 r. Szpital przekazał 38 komunikatów o kolejce oczekujących.

Ustalono nieprawidłowości

Ustalono, że w 9 przypadkach (23,7%) komunikaty o kolejce oczekujących zostały przekazane do NFZ z opóźnieniem wynoszącym od 1 do 3 dni. Zgodnie z § 8 ust. 4 ww. rozporządzenia dane takie powinny być przekazane do NFZ nie później niż w terminie 10 dni od zakończenia miesiąca.

Jak wyjaśniła Dyrektor opóźnienia te wynikały z pomyłek pracowników.

(dowód: akta kontroli str.20-23, 147)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 1447

3. Nabywanie oraz wykorzystanie urządzeń medycznych

3.1. Według prowadzonej w Szpitalu ewidencji środków trwałych (stan na koniec 2013 r.), w Oddziale znajdowało się 21 środków trwałych (sprzęt i aparatura medyczna), w tym: zestaw komputerowy, dwie wagi dla niemowląt, pięć łóżek dla niemowląt, ssak butlowy, cztery pompy infuzyjne, konsola, wózek do sprzątania, pulsoksymetr, monitor nieinwazyjny, kardiomonitor, aparat do badań EKG, inkubator otwarty oraz lampa do fototerapii.

(dowód: akta kontroli str.148)

W toku kontroli analizie poddano wykorzystanie, dokonywanie przeglądów i konserwacji oraz wystąpienie ewentualnych awarii:

- pompy infuzyjnej Duet 20/50 (której eksploatację Szpital rozpoczął w 2009 r.),
- monitora pacjenta Dash 4000 (2004 r.),
- monitora pacjenta C3 (2004 r.),
- aparatu EKG Mr Silver (2009 r.),
- inkubatora otwartego Babytherm 8010 (2008 r.),
- trzech pomp infuzyjnych Pilot A2 (2003 r., 2005 r. i 2006 r.).

Szpital posiadał tzw. „paszporty techniczne” ww. urządzeń, w których wskazano m.in. datę zakupu, rozpoczęcia eksploatacji, numer seryjny oraz informację, że te wyroby medyczne znajdują się na stanie Oddziału.

Spośród ww. urządzeń medycznych: pompa infuzyjna Duet 20/50, monitor pacjenta Dash 4000 oraz aparat EKG Mr Silver wymagały corocznych przeglądów technicznych, w przypadku zaś pozostałych urządzeń przeglądy były zalecane.

Wszystkie ww. wyroby medyczne, miały wykonywane zalecane lub wymagane przeglądy przez zatrudnionego w Szpitalu starszego inspektora ds. aparatury medycznej. Pracownik ten posiadał przeszkolenie oraz odpowiednie uprawnienia w zakresie m.in. dokonywania przeglądów technicznych sprzętów medycznych.

(dowód: akta kontroli str.149-152)

3.2. Szpital nie dysponował danymi dotyczącymi wykonania badań i zabiegów przy wykorzystaniu urządzeń medycznych, będących na stanie Oddziału.

Z uzyskanych w toku kontroli wyjaśnień wynikało, że za pomocą aparatu EKG wykonywano ok. 30 badań miesięcznie, pulsoksymetru – ok. 100 pomiarów miesięcznie, zaś w przypadku pomp – ok. 15 zabiegów.

(dowód: akta kontroli str. 153)

3.3. W okresie 2011 r. – styczeń 2014 r. Szpital zapewniał fachową i ciągłą obsługę urządzeń medycznych znajdujących się w Oddziale. Wszystkie badania i zabiegi przeprowadzane były przez pielęgniarki, które zostały przeszkolone w zakresie ich użytkowania.

Pielęgniarka Przełożona wyjaśniła, że nie wystąpił żaden przypadek opóźnienia lub niewykonania badania z powodu awarii lub braku sprzętu medycznego. W okresie objętym kontrolą nie było również wypadków związanych z użytkowaniem sprzętu medycznego.

(dowód: akta kontroli str.154)

3.4. W okresie 2011 r. – styczeń 2014 r. Oddział nie otrzymał nieodpłatnie sprzętu i urządzeń medycznych. Dokonano natomiast zakupu wyrobów medycznych (resuscytator i reduktor do tlenu) za kwotę 1,1 tys. zł oraz części zamiennych - 1,4 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str.155-158)

4. Sporządzanie ofert do NFZ oraz realizacja zawartych umów

Opis stanu
faktycznego

4.1. Wartość zakontraktowanych świadczeń dotyczących leczenia szpitalnego w zakresie pediatrii w Oddziale wynosiła w:

- 2011 r. – 1.339,0 tys. zł (co stanowiło 7,4% kontraktu Szpitala)
- 2012 r. – 1.558,9 tys. zł (8,2% kontraktu oraz 116,4% wykonania w 2011 r.),
- 2013 r. – 1.479,3 tys. zł (7,7% kontraktu Szpitala oraz 94,9% wykonania w roku poprzednim i 110,4% wykonania w 2011 r.).

(dowód: akta kontroli str. 159)

W okresie 2011 - 2013 r. Szpital złożył cztery oferty do NFZ w związku z organizowanym konkursami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie pediatria – hospitalizacja (hospitalizacja planowa). I tak:

- Na 2011 r. Szpital złożył ofertę, w wyniku której 28 grudnia 2010 r. zawarto umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie pediatria – hospitalizacja. W trakcie roku, z powodu niespełniania wymogu w zakresie wymaganej liczby lekarzy ogłoszony został ponownie konkurs. W wyniku złożenia drugiej oferty w zakresie pediatrii – hospitalizacji, udzielanie świadczeń zakontraktowano w trybie art. 161b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (obniżono wymóg dotyczący liczby lekarzy).
- Na 2012 r. Szpital złożył dwie oferty. Pierwsze postępowanie konkursowe zostało unieważnione z powodu braku ofert spełniających wymogi konkursu (nie spełniono wymogu w zakresie wymaganej liczby lekarzy). W wyniku złożenia drugiej oferty Szpital podpisał z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie pediatria – hospitalizacja planowa. Umowa ta została przedłużona na 2013 rok.

W ww. złożonych ofertach Szpital wykazał sprzęt i urządzenia medyczne, które faktycznie posiadał w Oddziale.

Ustalone
nieprawidłowości

W okresie od stycznia do maja 2011 r. umowa o udzielanie świadczeń zawarta z NFZ nie była realizowana zgodnie z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁹ oraz zarządzenia nr 69/2009/DSOZ Prezesa NFZ z 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie zapewnienia wymaganej liczby etatów lekarzy. Zgodnie z tymi wymogami¹⁰, w oddziale pediatrycznym (poza dyżurami) powinno być zatrudnionych co najmniej trzech lekarzy (trzy etaty), w tym dwóch specjalistów w dziedzinie pediatrii.

W okresie tym w Oddziale w podstawowej ordynacji zatrudnionych było dwóch lekarzy, z czego jeden posiadał II stopień specjalizacji z pediatrii, drugi zaś nie posiadał w ogóle specjalizacji. W rezultacie, w ww. okresie zatrudniano lekarzy w wymiarze jedynie dwóch etatów.

Z uzyskanych w toku kontroli wyjaśnień wynikało, że przyczyną ww. sytuacji był brak możliwości zatrudnienia lekarza pediatri, który mógłby udzielać świadczeń w Oddziale.

Opis stanu
faktycznego

W sytuacji uwzględnienia w umowie z NFZ w okresie od stycznia do maja 2011 r. obniżonych warunków, o których stanowią postanowienia art. 161b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (przy uwzględnieniu ceny za jeden punkt rozliczeniowy wynoszący 48,45 zł), dotyczących liczby i kwalifikacji personelu medycznego Oddziału, wartość kontraktu na ten okres byłaby niższa o 28.952,70 zł.

(dowód: akta kontroli str.160-204)

⁹ Dz. U. z 2009 r. nr 140 poz. 1143 ze zm. – uchylony z dniem 2 stycznia 2014 r.

¹⁰ określonymi szczegółowo w załącznikach nr 3: do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz ww. zarządzenia Prezesa NFZ

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W złożonych ofertach dotyczących leczenia szpitalnego w zakresie pediatrii na lata 2011-2013 (w części V dotyczących „wykazu sprzętu”) podano, że sprzęt posiada tzw. „umowy serwisowe”. Kontrola wykazała jednak, że umowy takie nie były przez Szpital zawierane.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że powodem wskazania takich informacji był fakt, że w Szpitalu zatrudniony był pracownik posiadający odpowiednie przeszkolenie oraz zaświadczenia w zakresie serwisowania sprzętu użytkowanego m.in. w Oddziale.

(dowód: akta kontroli str.72-75, 161-175)

Opis stanu
faktycznego

4.2. Do złożonych przez Szpital ofert do konkursów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie pediatria – hospitalizacja (hospitalizacja planowa), na lata 2011-2013 załączono wykazy podwykonawców z udziałem których Szpital mógł udzielać świadczeń.

W 2011 i 2012 r. zgłoszono 17 podwykonawców, a w 2013 r. – 19. Zawarte z nimi umowy dotyczyły m.in. zlecenia badań diagnostycznych i laboratoryjnych, badań prowadzonych za pomocą tomografu komputerowego i rezonansu magnetycznego oraz zaopatrzenia w krew i jej składniki. W 2011 r. na ww. badania wydawkowano 106,1 tys. zł, w 2012 r. – 140,6 tys. zł, a w 2013 r. – 140,1 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 205-207)

Ustalono
nieprawidłowości

4.3. Analiza miesięcznych grafików pracy lekarzy i pielęgniarek w Oddziale w latach 2011 – 2014 (do końca marca), umów z NFZ oraz zapisów zawartych w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji wykazała, że jeden lekarz pełnił dyżury oraz był zatrudniony w podstawowej ordynacji czasu pracy przez okres trzech miesięcy 2011 r. (styczeń-marzec), mimo że nie był wykazany w zasobach kadrowych Oddziału w umowie z NFZ. Na wynagrodzenie dla tego lekarza w ww. okresie wydawkowano 30.920,00 zł.

Jak podała w wyjaśnieniach Dyrektor Szpitala, zmiana do umowy z NFZ nie została zgłoszona z winy pracowników Działu Usług Medycznych Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 208-222)

Opis stanu
faktycznego

4.4. Koszty funkcjonowania Oddziału wynosiły w latach:

- 2011 – 1.813,1 tys. zł, przychody zaś 1.606,3 tys. zł (z czego 1.595,6 tys. z NFZ, 6,9 tys. z Ośrodka dla Uchodźców¹¹ oraz 3,8 tys. za hospitalizację nieubezpieczonego pacjenta z Kanady), strata wyniosła 206,8 tys. zł,
- 2012 – 1.974,2 tys. zł, przychody zaś 1.739,7 tys. zł (z czego 1.737,3 tys. zł z NFZ oraz 2,3 tys. zł z Ośrodka dla Uchodźców), strata – 234,5 tys. zł,
- 2013 – 1.787,5 tys. zł, a przychody 1.516,5 tys. zł (z czego 1.479,3 tys. zł z NFZ, 30,2 tys. zł z Ośrodka dla Uchodźców oraz 6,9 tys. zł przychód uzyskany za hospitalizację nieubezpieczonego pacjenta z Holandii), strata 271,0 tys. zł.

Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, przyczynami utrzymywania się w tych latach spadkowej tendencji działalności Oddziału były:

- zbyt nisko oszacowane procedury medyczne,
- nieoszczędzanie na wykonywaniu badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, koniecznych do właściwej diagnozy, prawidłowego leczenia oraz ewentualnym skierowaniu pacjenta na specjalistyczne leczenie do innych ośrodków,
- ogólny wzrost cen m.in. leków i środków medycznych.

(dowód: akta kontroli str.72-75, 223)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia realizację od stycznia do maja 2011 r. umowy w zakresie pediatrii – hospitalizacji, nie wnosi zaś uwag do realizacji umów w tym zakresie w pozostałym okresie objętym kontrolą.

¹¹ hospitalizacja osób zatrzymanych i osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców według umowy z Warmińsko-Mazurskim Oddziałem Straży Granicznej w Kętrzynie

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹², wnosi o:

1. Zapewnienie właściwych warunków sanitarnych w Oddziale.
2. Terminowe przekazywanie do NFZ informacji w zakresie kolejki oczekujących, a także zmian dotyczących personelu medycznego udzielającego świadczeń.
3. Ujęcie w „Programie dostosowania” elementów, których wykonanie umożliwi wywiązanie się z obowiązku zapewnienia zgodności pomieszczeń i urządzeń Oddziału z wymogami rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Olsztynie.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Olsztyn, dnia maja 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie

Dyrektor

Kontrolerzy:
Wojciech Dąbrowski
Specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis

Piotr Wanic
Główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

¹² Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.